

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

32

Année 1909

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 18 Novembre 1909, à 1 heure

PAR

André DEMONCHY

LA

TAILLE INTRAPÉRITONÉALE
DE LA VESSIE

Président : M. POZZI, professeur

Juges { *MM. THOINOT, professeur*
BAR, professeur
GOUGET, agrégé

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, Rue Casimir-Delavigne, 1

1909

32

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552602_0064

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 18 Novembre 1909, à 1 heure

PAR

André DEMONCHY

LA

TAILLE INTRAPÉRITONÉALE
DE LA VESSIE



Président : M. POZZI, *professeur*

Juges } MM. THOINOT, *professeur*
BAR, *professeur*
GOUGET, *agréé*

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, Rue Casimir-Delavigne, 1

1909

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS.	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.	CAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	BOUCHARD
Pathologie médicale.	BRISSAUD
Pathologie chirurgicale.	DEJERINE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	GILBERT
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	CHAUFFARD
Clinique médicale.	ROGER
	HAYEM
	DIEULAFOY
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BAILLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	CAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND
Clinique chirurgicale.	DELBET
	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	ALBARRAN
	PINARD
Clinique d'accouchements.	BAR
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BIZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOFFER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en fera ni leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

Chirurgien de l'Hôpital Broca
Professeur de Clinique gynécologique
Commandeur de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. PAPIN

Chef de Clinique-adjoint à l'Hôpital Necker

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE D'ALGER

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU (1905-1906)

MONSIEUR LE DOCTEUR LEGRY, professeur agrégé (1906)

MONSIEUR LE DOCTEUR BERGÉ (1907)

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFOY (1907-1908)

MONSIEUR LE DOCTEUR JEANSELME

MESSEURS LES DOCTEURS MAUCLAIRE, LABEY,
CROUSON

Nous remercions vivement M le Dr Papin, à qui appartient l'idée de ce travail, d'avoir bien voulu faciliter notre tâche en nous éclairant de ses conseils autorisés et en nous dirigeant dans la rédaction.

LA

Taille intrapéritonéale de la Vessie

De la voie transpéritonéale dans les opérations sur la vessie

Il n'entre point dans le plan de ce modeste travail de démontrer la supériorité de la voie transpéritonéale dans la taille hypogastrique, mais seulement de préciser la technique et les indications de ce que nous considérons comme une méthode d'exception, avantageuse dans certaines conditions.

Le plan de notre étude peut se résumer en quelques lignes :

1° L'innocuité de l'incision péritonéale de la vessie est démontrée par deux ordres de faits :

a) Les résultats dans le traitement des plaies accidentelles de la vessie ;

b) Les résultats opératoires de quelques chirurgiens qui ont adopté cette technique ;

2° L'incision péritonéale est surtout indiquée : dans les tumeurs du fond de la vessie ; mais elle peut aussi être utilisée dans les corps étrangers et les calculs sans grosse infection. Elle a été aussi recommandée dans les fistules vésico-vaginales ;

3° L'incision péritonéale a le gros avantage de se fermer plus facilement que l'incision sous-péritonéale et de ne pas nécessiter un décollement inutile ;

4° Jusqu'ici on a fait surtout l'incision antéro-postérieure pour atteindre les tumeurs du bas-fond, ou bien des résections atypiques pour les tumeurs de la région péritonéale.

Nous avons examiné, et c'est là le point original de notre étude, l'incision transversale de la vessie, et il ressort de nos recherches cadavériques que c'est la meilleure voie d'accès sur le bas-fond de la vessie.

I. — RÉSULTATS OPÉRATOIRES DANS LES PLAIES ET LES RUPTURES DE LA VESSIE INTRAPÉRITONÉALES

Nous n'en sommes plus aujourd'hui à l'époque où l'on pouvait dire : *Cui vesica persecta lethale*, et l'histoire moderne des plaies et des ruptures intrapéritonéales de la vessie est tout à fait favorable à l'ouverture chirurgicale de cet organe par la voie de la laparotomie.

On peut s'en rendre facilement compte par le simple examen des statistiques.

Pour la rupture de la vessie dans le péritoine on trouve dans Bartels :

94 cas

93 morts.

Mais déjà Schlange en 1891 et Kraft en 1893 trouvent 50 0/0 de guérisons et Nobe en 1903 arrive à 85,7 0/0 de guérisons.

Il en est de même pour les plaies de la vessie.

Or ces résultats sont dus uniquement à l'intervention précoce, consistant en une laparotomie avec évacuation du sang et de l'urine et suture des parois vésicales.

Si l'on entre dans le détail des observations on peut se rendre compte de la tolérance relativement considérable du péritoine vis-à-vis de l'urine non infectée.

Pourtant l'épanchement du sang et de l'urine, l'irrégularité des bords déchirés constituent évidemment des conditions très défavorables.

De la lecture des statistiques et des observations on garde cette impression qu'une bonne suture rapidement faite doit amener la guérison.

A plus forte raison si l'on fait une plaie chirurgicale à bords nets sans laisser ni sang, ni urine s'écouler dans le péritoine ; une telle plaie doit guérir à coup sûr.

Il existe même un certain nombre d'observations de plaies vésicales dans lesquelles on s'est contenté de drainer la vessie en tamponnant simplement la plaie abdominale : cas de Walter, de Rose, de Kerr. La simple mise au repos de la vessie par le drainage suffit à amener la guérison.

On voit donc que l'incision de la vessie par le péritoine n'est pas aussi dangereuse qu'on l'a prétendu quand son contenu n'est pas infecté soit avant, soit par le fait même du traumatisme.

II. — HISTORIQUE DE LA TAILLE INTRAPÉRITONÉALE

Les quelques opérations qui ont été faites jusqu'ici par voie intrapéritonéale démontrent bien l'innocuité de cette méthode au moins dans certains cas. Il semble bien que c'est Rydygier qui, le premier, eut l'idée de cette technique qu'il a publiée en 1888 dans la *Wiener medical Wochenschrift*. Voici comment cet auteur expose sa technique :

L'opération comprend cinq temps :

Premier temps. — Préparation du ventre comme pour toute laparotomie ; lavage de la vessie avec une solution chaude d'acide borique ou salicylique dont on laisse une petite partie dans la vessie pour la remplir. La sonde de Nélaton, qui a servi à cette manœuvre, n'est pas enlevée, mais simplement fermée, et comme elle demeure en place il est nécessaire qu'elle soit de gros calibre pour n'être pas bouchée par les caillots.

Deuxième temps. — Ouverture du ventre de la façon habituelle, au-dessus de la symphyse, sur la ligne blanche. Il ne faut pas descendre trop bas pour ne pas ouvrir le cul-de-sac péritonéal.

Troisième temps. — La vessie est découverte et le champ opératoire est protégé pour empêcher l'urine de couler dans le péritoine. C'est ce que je craignais beaucoup avant

l'opération et je ne savais pas si je pouvais facilement y arriver. J'avais songé d'abord à tirer dans la plaie abdominale la partie de la vessie à inciser. Mais au cours de l'opération j'ai trouvé un autre procédé, qui m'a paru bien plus simple et plus logique. En arrière du point où devait s'arrêter mon incision vésicale j'ai passé à travers la séreuse et la musculieuse un fil qui m'a permis de tirer la vessie fortement en avant. Latéralement plusieurs crochets fins furent passés à travers la séreuse et la musculieuse le long de la future ligne d'incision.

Alors on ouvrit la sonde pour laisser le liquide s'écouler et on put attirer la région incisée dans la plaie abdominale. Pendant toute l'opération, l'urine s'écoula goutte à goutte par le cathéter et ne vint jamais souiller les bords de la plaie vésicale. Pour plus de sûreté, j'avais placé des compresses de gaze iodoformée entre la plaie abdominale et la plaie vésicale et notamment sur le péritoine immédiatement au-dessous de la plaie vésicale, cette dernière fut changée plusieurs fois pendant l'opération. La plaie vésicale mesurait 4 centimètres à l'état de contraction de la vessie. Après avoir mis le doigt dans la vessie j'ai pu me rendre compte que la pierre la remplissait presque entièrement.

Le calcul était très friable et se brisait dans la pince introduite contre le doigt.

N'ayant point sous la main d'instrument convenable j'ai vidé les fragments avec une cuiller à café.

J'étais si sûr d'avoir bien isolé ma vessie de la cavité péritonéale que sans hésiter je me mis à évacuer la vessie en injectant par la sonde du liquide destiné à chasser par

la plaie vésicale les graviers qui n'auraient pu passer par en bas. Je fis ainsi passer à l'aide d'un irrigateur élevé plusieurs litres de liquide antiseptique chaud à travers la vessie et le liquide coula à plein jet par la plaie vésicale en chassant les débris calculeux. Le courant fut maintenu aussi longtemps qu'il était nécessaire pour rendre la vessie absolument nette au doigt et à l'œil. L'isolement de notre cavité péritonéale était absolu puisqu'il n'y avait pas trace de liquide dans le Douglas et qu'il n'y eut ensuite, pas de fièvre du tout. Si la fermeture projetée au début eût été utile en cette circonstance, elle aurait compliqué l'opération en empêchant la libre action sur la vessie : ainsi l'incision ayant dû être prolongée en arrière au cours de l'opération, cela aurait été très difficile à exécuter à cause de la suture, aussi à l'avenir je n'emploierai la suture que si la fermeture faite par le moyen sus-indiqué était insuffisante.

Quatrième temps. — Suture de la vessie.

Je la fais comme une suture intestinale, avec cette différence, que dans le second plan pour plus de sûreté, j'emploie la soie au lieu du catgut.

Je fais donc deux plans de sutures et la suture du pelletier (Kürschnernaht) est ici avantageuse... (suture à la Lembert).

Une bonne suture est celle qui tient quand la vessie est pleine : une suture qui paraît bonne quand la vessie est vide peut être mauvaise quand elle se remplit. Dans le plan profond il faut éviter de prendre la muqueuse pour ne pas laisser de fils dans la vessie.

Dans la suture superficielle on prend non seulement la séreuse, mais aussi plus ou moins de musculaire : c'est seulement de cette façon qu'on peut éviter sûrement l'infiltration de l'urine entre les deux plans de suture.

Enfin il faut faire les deux plans de suture en sens inverse, c'est-à-dire l'un d'avant en arrière, l'autre d'arrière en avant.

Cinquième temps. — Suture de la paroi abdominale suivant le mode habituel : pas de drain.

Rydygier recommande de bien veiller aux soins post-opératoires, il faut que le cathéter ne se bouche pas par le sang et les graviers : et il faut le laisser en place au moins huit à douze jours. Après quoi il faut encore pendant deux à quatre jours sonder le malade toutes les deux heures.

En suivant bien ces règles on aura sûrement un bon résultat dans la taille intrapéritonéale.

Après avoir ainsi décrit sa technique, Rydygier donne l'observation du premier cas opéré par lui et que nous rapportons plus loin.

Quelques auteurs attribuent la taille intrapéritonéale à Harrington et même l'appellent opération de Harrington. Pourtant c'est seulement en 1893 que ce chirurgien a publié dans les *Annals of Surgery* une observation de taille intrapéritonéale accompagnée des quelques considérations que nous résumons ci-dessous, afin de donner au complet la bibliographie, très courte d'ailleurs, de la taille intrapéritonéale.

On aborde généralement la vessie par trois voies :

L'urètre ;

Le périnée chez l'homme, le vagin chez la femme ;

L'incision suspubienne.

Toutes ces méthodes sont imparfaites et ne donnent qu'un jour limité.

Si nous voulons voir la vessie sur le cadavre le mieux possible, nous avons recours à la laparotomie. Quand la vessie est bien distendue, la face supérieure presse sur la paroi antérieure de l'abdomen, comme l'utérus gravide.

Dans la position de Trendelenburg, avec une incision de l'ombilic au pubis, nous voyons clairement toute la surface libre de la vessie. Un doigt placé dans le rectum peut d'ailleurs soulever la vessie.

Les cas de sutures accidentelles à la suite de plaies pénétrantes ou de ruptures de la vessie sont nombreux et presque toujours favorables.

La principale objection que l'on ait faite est le danger d'infection. Il est douteux qu'il soit aussi grand qu'il le paraît.

L'estomac, la vésicule biliaire, l'intestin, qui contiennent des matières éminemment septiques, peuvent être ouverts avec certaines précautions. L'utérus et les trompes sont enlevés par le péritoine.

Pourquoi alors ne pas aborder la vessie par la voie qui offre le plus de commodités.

L'événtration, l'écoulement d'urine et la fermeture incomplète de la vessie après l'opération, sont des dangers, qui se présentent d'eux-mêmes à la réflexion du médecin.

Avec les précautions nécessaires, la vessie peut être aussi bien ouverte que l'estomac ou l'intestin.

L'urine normale n'est pas septique. Le danger d'une

urine alcaline, venant en contact des tissus pour peu de temps, n'est pas grand.

L'écoulement de l'urine par l'uretère se fait goutte à goutte et un assistant peut facilement l'assécher.

D'ailleurs on place autour de la vessie des compresses de gaze, de sorte qu'une quantité relativement grande d'urine peut s'écouler sans souiller le péritoine.

La cystotomie intrapéritonéale doit être préférée pour les tumeurs de la vessie, l'hypertrophie de la prostate, les affections des uretères, les calculs gros ou enchâssés.

Préparer le malade comme pour une laparotomie ordinaire ; laver la vessie pendant plusieurs jours avec une solution d'acide borique. Au moment de l'opération dilater la vessie avec la même solution.

Incision de l'ombilic au pubis, en prenant garde de ne pas ouvrir l'espace prévésical.

L'intestin doit être retiré de la cavité pelvienne, et celle-ci remplie de tampons de coton hydrophile recouverts de gaze.

Position de Trendelenburg.

Incision de la vessie sur la ligne médiane ; partant en avant à 1 pouce de l'insertion péritonéale et s'étendant en arrière sur une longueur de 2 à 3 pouces.

L'incision ne doit d'abord comprendre que le péritoine qui sera disséqué de la tunique musculaire sur une largeur de un quart de pouce de chaque côté de l'incision. Le liquide sera extrait, et l'incision terminée.

Après l'opération dans la vessie et l'hémostase faite, la vessie peut être fermée par suture continue avec points

très rapprochés. Ils ne doivent pas comprendre la muqueuse. Ils seront faits en soie ou en crin de Florence.

Le péritoine suturé avec une suture à *la Lembert*.

La suture continue évite la dilatation de la vessie.

S'il y avait hémorragie, un drainage permanent peut être fait par le périnée, le vagin ou la voie suspubienne. L'opération intrapéritonéale ne doit pas empêcher le drainage suspubien, si c'est nécessaire, quand on ne peut le faire par l'urètre.

La cavité pelvienne doit être nettoyée et la plaie abdominale fermée.

La vessie doit être soigneusement lavée avec une solution d'acide borique deux ou trois fois par jour, en ayant soin de ne pas la distendre, et d'empêcher qu'elle ne le soit par l'urine.

D'après les lignes qui précèdent on voit que Harrington se montre partisan absolu de la voie intrapéritonéale dans la majorité des cas : il nous semble qu'il y a là quelque exagération de même qu'à conseiller le drainage par la voie péritonéale.

D'ailleurs Harrington semble avoir ignoré le travail de Rydygier et le sien resta aussi lettre morte pour la plupart des chirurgiens, car c'est seulement en 1908 que nous trouvons de nouveaux travaux sur la taille transpéritonéale.

Ce sont des chirurgiens américains, les Mayo d'abord, puis Scudder et Davis qui ont de nouveau plaidé en faveur de la taille transpéritonéale. Les Mayo semblent ignorer les travaux antérieurs de Rydygier ; ils citent celui de Harrington. La méthode qu'ils proposent de suivre pour le

traitement des tumeurs de la vessie paraît pleine de logique.

Le diagnostic des tumeurs de la vessie est rarement fait avant l'opération, mais la plupart du temps après. C'est-à-dire qu'on fait d'abord le diagnostic clinique, puis l'opération, puis le diagnostic anatomo-pathologique. Or Watson qui a réuni un grand nombre de cas de tumeurs de la vessie dues à un grand nombre de chirurgiens a constaté que dans 28,6 0/0 des cas de tumeurs bénignes et dans 46 0/0 des tumeurs malignes on avait commis une erreur clinique. La conclusion qui se dégage, c'est que la clinique est insuffisante pour poser les indications opératoires dans les tumeurs de la vessie.

Or il existe un moyen simple d'assurer le diagnostic avant l'opération : c'est, sous le contrôle du cystoscope, d'enlever avec des pinces, des fils ou par curettage un fragment de la tumeur. Le résultat de l'examen histologique joint à celui de l'examen cystoscopique permettra de fixer la nature et l'étendue de l'opération à pratiquer.

Un second point qui découle de l'étude des statistiques c'est qu'en général on fait dans les tumeurs vésicales des opérations trop peu étendues, et si l'on observe pourtant une amélioration des résultats dans ces dernières années, c'est que les opérations sont devenues de plus en plus larges sans avoir peut-être atteint encore l'amplitude nécessaire.

Enfin il faut songer que les vaisseaux lymphatiques de la vessie sont peu développés ; que les métastases sont rares et tardives, en un mot que la tumeur reste longtemps localisée à la vessie et même à une partie de la ves-

sie. C'est pourquoi on peut espérer qu'une résection suffisante amènera la guérison radicale.

Les tumeurs de la vessie peuvent être pédiculées, sessiles ou infiltrées : dans ce dernier cas elles peuvent pénétrer dans les organes voisins, prostate, uretères, urètre et plus rarement et tardivement dans le rectum ou le vagin.

Mayo estime qu'on peut enlever les deux tiers de la vessie ou même davantage : ce qui reste se régénérera et se dilatera de façon si considérable qu'il formera même souvent un organe très utilisable, comme l'a démontré Harris (1).

Or pour ces opérations larges la méthode sus-pubienne ordinaire, c'est-à-dire extrapéritonéale n'est pas satisfaisante. Dans deux cas opérés par cette voie, Mayo a eu l'ennui de voir la greffe de la tumeur à la paroi abdominale et une récurrence rapide. Il conseille donc d'opérer par la voie intrapéritonéale. Voici la technique indiquée par Mayo :

La vessie est nettoyée et vidée.

Le malade est placé en position de Trendelenburg et l'on fait une incision médiane partant du pubis et longue de 6 pouces au plus. On garnit bien le bassin de compresses pour refouler les intestins. L'incision est également garnie de compresses. La vessie est saisie par deux pinces à griffes, attirée jusque dans la plaie et ouverte par une incision médiane de deux pouces environ. Ce qu'elle peut encore contenir de liquide est absorbé avec des tampons et l'incision est poursuivie en haut et en bas selon

1. Harris. *Annals of Surgery*, 1902.

les besoins. Les tumeurs peuvent être enlevées aux ciseaux et la partie dénudée cautérisée.

Les végétations malignes pénétrant dans la partie inférieure de la vessie peuvent être attirées avec des pinces à griffes et la section est faite au thermocautère. Les parties enlevées devront renfermer de la muqueuse saine qui entoure la tumeur. Il n'est pas nécessaire de fermer ces plaies par une suture, la plaie pouvant se cicatriser.

Quand il est nécessaire d'enlever un segment important de la vessie on l'excise librement, qu'elle soit recouverte ou non du péritoine. En faisant le tracé de l'incision, il faut tâcher de préserver l'orifice urétéral en passant à un tiers ou un demi-pouce de distance. Si la tumeur oblige à entamer l'orifice urétéral, après l'ablation on coupe l'uretère près de la vessie et on l'implante à travers le péritoine dans ce qui reste de la vessie. L'uretère est fixé au catgut et l'on peut l'enfouir dans un pli à l'aide de quelques sutures. La partie restante de la vessie est ensuite fermée et forme un organe très réduit, mais encore utilisable.

La suture est faite en deux plans : un profond au catgut prenant toute l'épaisseur de la vessie et passé suivant la méthode de Connell ; l'autre superficiel en soie ou mieux en fil de lin, appliquée comme une suture péritonéale parallèle de Cushing. Cette suture protège le premier plan.

Si l'incision de la vessie a dépassé en avant le repli péritonéal on fait la fermeture de la même façon en tirant la vessie vers l'abdomen et en transportant le cul-de-sac péritonéal à un niveau plus bas.

En général on ferme la plaie abdominale sans drainage, mais si la cavité péritonéale venait à être souillée, un drainage temporaire pourrait être fait à travers une plaie pénétrante. La vessie est cathétérisée à intervalles réguliers pendant les quelques premiers jours qui suivent l'opération : si c'est nécessaire, mais comme règle les malades voient leur urine à de fréquents intervalles avec un peu de rétention.

Mayo rapporte alors les cinq observations que l'on trouvera plus loin.

Rydygier ayant lu le travail de Mayo rappelle dans une courte note du *Zentralblatt für Chirurgie* qu'il est le premier à avoir fait la taille intrapéritonéale pour tumeurs vésicales. Il ajoute qu'il a pratiqué cette opération une douzaine de fois sans aucune mort, et que ses expériences sur les chiens lui ayant démontré la sûreté des sutures vésicales recouvertes de péritoine, il a fait cette opération même pour des calculs. Plus tard ayant vu qu'une bonne suture peut aussi être faite dans la région extrapéritonéale il abandonna cette voie pour les calculs. Mais il reste d'avis que la voie intra-péritonéale est bonne pour les tumeurs. A ce propos il renvoie à son travail paru en 1904 dans les *Archives internationales de Chirurgie* et intitulé : « Considérations sur la taille hypogastrique et notamment sur la technique de la suture de la vessie. » Il dit que pendant son séjour à Cracovie il a fait environ 18 fois la taille transpéritonéale. Dans ce travail Rydygier rapporte une intéressante observation que nous reproduisons plus loin.

Scudder et Davis, dans un article des *Annals of Surgery*

antérieur à la note de Rydygier, décrivent à nouveau la taille intrapéritonéale sous le nom d'opération de Harrington. « Le fait le plus frappant dans l'opération de Harrington, c'est, disent-ils, la facilité remarquable avec laquelle on a accès dans la vessie particulièrement à la base et sur la face postérieure, or ce sont justement là les parties le plus souvent malades. »

Ils recommandent d'inciser de la symphyse à l'ombilic, mais si la paroi est mince on peut faire une incision plus courte. La place de l'incision vésicale sera déterminée par la situation des végétations à enlever. La plupart sont situées bas, le mieux est donc d'inciser non pas en haut, mais plutôt en bas vers la paroi rectale. On a toujours une tendance à ouvrir trop près de l'insertion péritonéale. Si on le fait imprudemment, on s'aperçoit bientôt que pour arriver à la base, une incision fort inutilement longue sera nécessaire.

Une suture temporaire au catgut à travers toute la paroi dans l'angle le plus inférieur de la plaie servira pour attirer la vessie et placer les sutures inférieures. Surjet au catgut pour la muqueuse et les muscles, au fil pour le péritoine. Suture péritonéale renforcée par des points isolés au fil.

Avant de fermer il faut bien faire l'hémostase.

Drainage de la vessie par l'urètre ou par voie sus-pubienne.

Irrigations fréquentes de la vessie.

D'après Scudder et Davis la taille de Harrington est indiquée dans les cas inaccessibles aux méthodes habituelles et dans tous les cas où il faut faire l'ablation de toute l'épaisseur de la vessie.

INDICATIONS

La voie intrapéritonéale mérite d'être envisagée dans les tumeurs vésicales, les calculs et les corps étrangers de la vessie. On pourrait y ajouter les fistules vésico-génitales haut situées.

Les tumeurs vésicales peuvent être situées dans la portion péritonéale de la vessie ou dans sa portion extrapéritonéale, ou enfin occuper la presque totalité de l'organe.

Les tumeurs de la région péritonéale sont surtout justifiables de la laparotomie, car, qu'on opère par le ventre ou au-dessous du péritoine, on sera amené à réséquer non seulement la muqueuse et la musculuse, mais encore jusqu'à la séreuse.

Il est moins évident, à première vue, que la voie transpéritonéale soit avantageuse dans les tumeurs du fond, mais ceci résulte de l'examen anatomique de la vessie et on peut déjà s'en rendre compte sur une coupe vertico-sagittale, et mieux encore sur les figures que nous donnons plus loin.

Enfin, il reste la cystectomie totale, opération grave, encore peu réglée est qui apparaît redoutable aux chirurgiens à cause du difficile problème de la dérivation des urines.

Là aussi, la voie peut être sous-péritonéale ou intra-péritonéale.

Nous allons envisager ces différents cas (la cystectomie totale exceptée).

Tout d'abord, quelques notions d'anatomie pathologique chirurgicale sont nécessaires.

Les tumeurs de la vessie siègent surtout dans la moitié inférieure, c'est-à-dire dans la région non péritonéale.

M. Albarran divise la vessie en trois zones : supérieure, moyenne et inférieure. Les tumeurs se rencontrent dans la moitié des cas dans la zone moyenne, ensuite le plus souvent dans la zone inférieure et enfin exceptionnellement, dans la zone supérieure.

Il résulte de cette première constatation que c'est surtout le fond de la vessie et les régions péri-uretérales qu'il convient de bien découvrir.

On sait qu'on peut aborder la vessie par différentes voies, mais quand il s'agit de tumeurs, les voies périnéale et vaginale ne sont pas de mise, et il ne reste que la voie hypogastrique.

Lorsqu'on veut faire la taille hypogastrique sous-péritonéale pour enlever une tumeur de la vessie, on peut opérer de deux façons : de dehors en dedans, ou de dedans en dehors.

L'opération de dehors en dedans n'est faisable que dans la région dépourvue de péritoine ou du moins dans celle où le péritoine peut être facilement décollé et refoulé : ayant ouvert la vessie en avant on pourra ainsi réséquer un segment dont l'une des lèvres de l'incision fournira l'un des bords : on enlève ainsi la musculuse et la muqueuse.

Si, au contraire, la tumeur siège au moins en partie dans la région tapissée de péritoine, et c'est le cas le plus fréquent, on ouvrira la vessie sur la ligne médiane et l'on ira

profondément exciser la tumeur et son point d'implantation en incisant de dedans en dehors : on enlèvera ainsi la muqueuse et tout ou partie de la musculuse : on peut accidentellement ouvrir le péritoine, mais on ne le fait point de parti pris, car cette voie serait tout à fait illogique. Il en résulte que pour les tumeurs de la zone sous-péritonéale cette méthode est incomplète et ne donne pas satisfaction, tandis que la voie intra-péritonéale permet une résection complète.

Pour les calculs et les corps étrangers la voie haute nous paraît moins indiquée : s'il n'y a pas d'infection, si le calcul n'est pas trop friable, si le corps étranger est de date récente, on pourra opérer ainsi, mais pour peu qu'il y ait de l'infection il vaut mieux opérer au-dessous du péritoine. Le seul avantage ici est d'avoir une fermeture nette et rapide, pour cela il faut des cas à peu près aseptiques.

Avantages de la voie in'rapéritonéale

La voie intrapéritonéale présente un certain nombre d'avantages que nous pouvons classer ainsi :

1^o Chez les sujets gras pas de couche grasseuse pré-vésicale. Chez les sujets obèses la taille justement redoutée sera faite bien plus facilement par la voie intra-péritonéale. On n'aura pas à chercher dans l'espace de Retzius à contenu huileux une vessie infiltrée de graisse qui fuit et se déchire sous les mors des pinces de Kocher. Par la laparotomie dont l'incision sera aussi longue qu'il

sera nécessaire la face séreuse de la vessie est toujours relativement plus abordable.

2° Pas de décollement de l'espace de Retzius. Le décollement de l'espace de Retzius nécessaire pour pratiquer la taille sous-péritonéale favorise les infiltrations et dans le cas de suture insuffisante c'est une cavité réelle toute prête à recevoir l'urine qui, infectée, produira un phlegmon pré-vésicale. Dans la taille intrapéritonéale aucun accident de ce genre n'est à redouter, à condition de ne pas suivre la technique indiquée par Harrington et qui consiste à décoller le péritoine avant d'inciser les autres tuniques de la vessie.

3° Jour sur le bas-fond et la face postérieure de la vessie. C'est là un des grands avantages de la taille intrapéritonéale. Qu'on emploie une incision antéro-postérieure comme c'est l'habitude ou une incision transversale, comme nous l'indiquerons tout à l'heure, on a dans tous les cas un jour excellent sur le bas-fond de la vessie. On voit en avant l'orifice urétéral, en arrière le bourrelet interurétérique et les orifices urétéraux. On peut assez facilement exécuter le cathétérisme des urètres souvent si difficile par la voie hypogastrique sous-séreuse.

4° Il est plus facile par la cavité péritonéale de faire des incisions variées qui conduisent plus directement sur la tumeur à extirper, nous verrons plus loin qu'outre la taille antéro-postérieure on peut faire la taille transversale ou des incisions obliques unilatérales.

5° La découverte de l'uretère nécessaire quand on veut enlever une tumeur péri-urétérale est facilitée par cette méthode, car on peut ainsi prolonger l'incision sur le péri-

toine et découvrir le segment inférieur de l'uretère, ce qui facilite l'ablation en bloc de la corne vésicale et de l'uretère.

6° Enfin on peut faire des ablations beaucoup plus larges, on pourrait presque dire les seules assez larges quand il s'agit d'une tumeur de la région péritonéale ; car opérer autrement c'est renier toutes les règles employées dans les autres cancers viscéraux recouverts de péritoine.

7° La sûreté de la suture et sa rapide fermeture ne sont plus à démontrer. On sait qu'une plaie recouverte de péritoine se cicatrise beaucoup plus sûrement et rapidement : toute la chirurgie gastro-intestinale et celle de l'utérus et des annexes sont là pour le démontrer : mais il n'est pas nécessaire de raisonner par analogie et les expériences faites par Rydygier sur des chiens lui ont montré la supériorité de la suture péritonéale. Ainsi l'incision intra-péritonéale est certainement la meilleure au point de vue de la cicatrisation et l'on conçoit qu'on puisse la défendre pour l'ablation même des calculs et des corps étrangers quand il n'y a pas d'infection.

Technique de la taille intrapéritonéale

Les pages suivantes constituent seulement une étude anatomique de la question ; elles ont pour but de montrer d'après des recherches cadavériques la meilleure technique à suivre pour bien découvrir les diverses parties de la vessie.

Avant toute intervention il sera nécessaire de faire un examen cystoscopique aussi complet que possible afin de préciser le nombre, le siège, la forme et autant que possible la nature des tumeurs :

Il serait utile, ainsi que Mayo le propose, de faire avant l'opération une biopsie soit avec l'appareil de Luys, soit avec celui de Nitze.

La position dans tous les cas sera la position de Trendelenburg.

La vessie sera abondamment lavée au nitrate ou au protargol, puis vidée de tout contenu liquide. Il n'est pas nécessaire de la remplir d'air, cependant nous avons constaté qu'une légère distention facilitera la première incision : en tout cas, la quantité d'air stérilisé injecté sera très faible, la réplétion vésicale gênant les manœuvres de protection du péritoine. On peut laisser en place la sonde urétérale et ne distendre la vessie qu'au moment de l'inciser.

La région sus-pubienne étant préparée, on fera une incision cutanée qui commencera au-dessus de la symphyse et remontera jusqu'à l'ombilic chez les sujets gras, mais s'arrêtera un peu au-dessous chez les sujets maigres. La peau et le tissu cellulaire coupés, on s'efforcera de passer aussi exactement que possible dans l'interstice des droits et l'on conduira cette incision avec précaution du haut en bas de la plaie, en débridant même latéralement l'insertion des droits en bas comme on le fait dans la taille ordinaire. Arrivés sur le péritoine on le saisira entre deux pinces vers la partie supérieure de la plaie, on le fendra et on repérera ses lèvres, puis on agrandira l'ouverture aux ci-

seaux en ayant soin d'aller en bas prudemment pour ne pas dépasser le cul-de sac prévésical.

On procède alors à la protection de la cavité péritonéale.

Tout d'abord l'écarteur de Gosset est mis en place et donne un jour considérable sur la région.

On refoule alors les anses grêles et l'S iliaque vers le diaphragme et on place un champ qui les maintient, puis on met deux champs latéraux qui complètent l'isolement de la vessie.

La vessie qui est vide ou très faiblement distendue apparaît alors sous la forme d'un organe aplati et triangulaire, qui s'effile en avant : son sommet se continue avec la faux de l'ouraque : de chaque côté s'allongent en dedans des pubis les fosses paravésicales de Waldeyer : le bout postérieur est courbe à concavité postérieure (cette concavité s'efface et devient même convexité quand la vessie se remplit).

On voit sur la face supérieure de la vessie vers sa partie moyenne un pli péritonéal peu marqué au milieu et qui de chaque côté s'élève et se continue par deux petits ailerons tendus entre la vessie et la paroi : ce repli s'efface aussi avec la réplétion de la vessie.

Des deux cornes postérieures partent deux autres replis plus marqués qui vont se perdre sur la saillie des vaisseaux iliaques et de l'uretère ; ces deux plis, à concavité interne, encadrent chez l'homme le rectum, c'est entre eux latéralement. la vessie en avant, le rectum en arrière que s'enfonce le cul-de sac recto-vésical ou de Douglas, séparé en deux étages par deux replis plus profondément situés les plis recto-vésicaux de Douglas.

Chez la femme le cul-de-sac qui sépare la vessie de l'utérus est bien moins profond que le cul-de-sac recto-vésical, il n'y a plus de replis de Douglas ; en revanche le pli vésical transverse est en général beaucoup plus marqué.

La vessie peut être taillée de différentes façons ;

Nous décrirons d'abord la taille ordinaire, longitudinale : L'incision antéro-postérieure devra commencer loin en arrière : avec une pince à crochets du genre de celle de Chaput ou une pince tire-balles, on saisit la vessie près du cul-de-sac recto-vésical ou vésico-utérin, en arrière du point où se terminera la ligne d'incision : on la tire en haut, elle se laisse très bien amener dans la plaie : on incise alors franchement toute l'épaisseur de la paroi au bistouri, puis on saisit chaque lèvre de la boutonnière avec une pince de Chaput ou de Kocher : l'aide tenant ces deux pinces tirées en l'air on agrandit la fente aux ciseaux d'arrière en avant ; mais auparavant il est bon de compléter le garnissage avec quelques compresses. La vessie largement ouverte on remplace les pinces par des fils suspenseurs : deux de chaque côté et l'on procède alors à l'opération intra-vésicale.

S'il s'agit d'une tumeur de la face péritonéale, ou d'une tumeur à siège mixte intra et extrapéritonéal, on fera une large résection en prenant l'une des lèvres de la plaie comme point de départ pour le tracé du lambeau.

S'ils'agit d'une tumeur du fond de la vessie et spécialement d'une tumeur péri-uretérale, il vaut mieux faire une incision transversale.

Ayant saisi comme précédemment la vessie vers sa par-

tie postérieure avec une pince tire-balles, on fait en avant de celle-ci une boutonnière transversale et aussitôt on en repère les deux lèvres : on peut alors agrandir cette petite incision à droite et à gauche aux ciseaux en se dirigeant vers chacune des cornes de la vessie. On place des fils suspenseurs : deux en avant, deux en arrière et l'on voit qu'on a sur la région du trigone et la partie de la vessie située immédiatement en arrière un jour très considérable : on pourra ainsi inciser largement autour de la tumeur et enlever un lambeau qui pourra avoir pour base la lèvre postérieure de la tumeur. Dans ce cas une partie du lambeau sera péritonéale, l'autre non. La suture de la portion non péritonéale sera faite de la façon ordinaire en un plan ou mieux en deux : quant à la suture de la région péritonéale, elle sera faite comme nous l'indiquerons tout à l'heure.

C'est surtout pour les tumeurs siégeant près de l'orifice urétéral et nécessitant la résection de l'uretère que la voie intrapéritonéale nous a paru intéressante.

Dans ce cas l'incision vésicale sera prolongée en dehors du côté malade aussi loin que possible pour ouvrir toute la corne vésicale correspondante, puis on continuera la ligne d'incision sur l'uretère en intéressant seulement le péritoine : l'uretère est isolé, coupé et son segment supérieur mis de côté, puis on circonscrit la corne vésicale et l'orifice urétéral par une incision qui part d'une des lèvres de la plaie vésicale et rejoint l'autre : le lambeau ainsi limité est enlevé avec le segment d'uretère adjacent : il faut le saisir avec une pince de Museux et faire la dissection avec des ciseaux courbes longs et assez fins. Il reste

alors un orifice béant à peu près losangique : On le ferme en deux plans en réservant au point le plus propice un orifice où lon fixe l'uretère ; le meilleur procédé est celui de M. Albarran qui consiste à fendre l'uretère en deux valves qu'on fixe dans la vessie. « Par dessus tout, on suture le péritoine.

La suture de la vessie recouverte de son péritoine doit être faite toujours de la même façon : en deux plans : l'un profond qui comprend la musculuse et adosse seulement les lèvres de la muqueuse, l'autre qui comprend le péritoine et un peu de la musculuse, les points étant passés à la Lembert comme pour l'intestin. Les deux plans doivent être en surjet et on emploiera de préférence le catgut.

Le drainage se fera par les voies naturelles. On a fait le drainage par en haut, à travers le péritoine, mais cela ne paraît pas uue bonne pratique. On pourra mettre un petit drain intrapéritonéal, mais cette méthode est plutôt illogique : la suture doit tenir et le drain ne sert à rien, et si par hasard la suture venait à lâcher, le drain serait tout à fait insuffisant. Il vaut donc mieux fermer la paroi.

Les soins consécutifs consisteront en petits lavages par l'urètre : on surveillera la sonde à demeure avec soin.

OBSERVATION I.

(Professeur Rydygier. — *Wiener Med. Wochenschrift*,
28 avril 1888.)

W. I... âgé de treize ans, descendant d'une famille tout à fait saine, dans laquelle on ne relève aucune trace d'affection calculeuse. Il souffrait, depuis sept mois, d'une affection pulmonaire, quand il fut pris pour la première fois de troubles de la miction, qui disparurent en même temps que son affection pulmonaire. La maladie actuelle débuta en avril 1887 par des symptômes de rétention d'urine intermittente, qu'on attribua à de petits ou d'assez gros calculs. L'urine était assez souvent sanglante; le désir d'uriner fréquent. Les douleurs irradiaient du gland à la symphyse et aux bourses.

Etat actuel. — 23 novembre 1887. — Le malade est bien constitué, mais assez pâle. Cœur et poumons normaux, ainsi que le foie, la rate, le tube digestif. Prépuce et gland un peu œdématiés par suite de l'irritation produite par un calcul arrêté dans le canal, il y a quelques jours.

Urines alcalines, sentant fort, troubles; le microscope y fait voir de nombreux globules de pus, quelques globules rouges et une masse de cristaux de phosphates ammoniacaux-magnésiens.

La sonde poussée dans la vessie vient toucher aussitôt sur une pierre de grandes dimensions.

La température oscille le premier jour entre 37-37°5; le pouls bat à 104.

On ordonna des lavages de la vessie avec une solution d'acide salicylique; on prescrivit à l'intérieur une solution de chlorure Ca (5: 200), et plus tard 1 gramme d'acide benzoïque. Malgré cette thérapeutique l'urine resta constamment alcaline et trouble.

Le 2 décembre, au soir, la température montait à 40°5; en même temps qu'apparaissaient de la céphalée et de violentes douleurs dans la région lombaire.

La température restait élevée, malgré l'administration de quinine, et montait encore à 38°8 la veille de l'opération.

L'opération fut faite le 5 décembre 1887 de la façon, décrite par nous.

Le cathéter n° 9 fut fixé au prépuce. L'urine pendant les deux premiers jours fut sanglante et mêlée de graviers. Elle coulait d'une façon continue dans le verre, où elle était amenée par la sonde. Cependant il fut nécessaire de retirer deux fois celle-ci obstruée par des caillots, des graviers ou des mucosités. Au reste le cathéter était bien supporté, et ne donna lieu qu'à une légère urétrite séreuse.

Température normale (soir 37° 2) pouls à 104, généralement bon.

Le premier pansement fut fait le 12 décembre, huit jours, par conséquent, après l'opération. Cicatrisation par première intention, presque totale.

Le même jour le cathéter était enlevé; et le malade fut, seulement pendant trois jours, cathétérisé toutes les deux ou trois heures.

Le malade urinait seul depuis huit jours et l'urine ne con-

tenait plus trace de sang, quand, le 22 décembre, la température s'éleva à 38 degrés pour atteindre 40° 2 le jour suivant. En même temps apparaissaient dans la région lombaire les douleurs, déjà signalées plus haut, s'étendant le long des uretères, jusqu'à la vessie. La céphalée, la courbature, la perte de l'appétit accompagnaient toujours ces accès. La sécrétion de l'urine était toujours plus faible, quand l'accès durait longtemps.

Jusqu'à présent ces accès se montrèrent cinq fois. Ils duraient chaque fois trois ou quatre jours ; et ne cessaient ordinairement qu'après le rejet d'un ou plusieurs graviers, dont quelques-uns présentaient de fines aiguilles.

L'urine était ensuite toujours trouble et contenait d'abondants flocons de pus. Quelquefois les graviers restaient arrêtés dans l'urètre et devaient en être retirés à l'aide de légères pressions ou avec une pince.

L'examen chimique montra que la majeure partie des calculs était formée de phosphate basique de Ca, et d'une petite partie d'acide urique.

Au commencement d'avril le malade se sentait tout à fait bien portant, bien qu'il fût sorti depuis peu de la clinique ; aucun calcul n'avait été évacué.

OBSERVATION. II

(Harrington. — *Annals of Surgery*, juillet-décembre 1893, p. 411-412.)

M^{me} B. . . , vingt-huit ans, mère de cinq enfants.

Depuis neuf mois la malade a des hémorragies vésicales, qui débutèrent sans cause apparente, par de fréquentes envies d'uriner, et le passage de sang dans l'urine.

Cet état s'aggrava rapidement, au point que la malade ne pouvait garder ses urines plus de vingt minutes, aussi bien la nuit que le jour.

L'urine contenait de plus en plus de sang et de petits graviers.

La douleur était constante et extrême. La malade était très pâle et très faible, par manque de sommeil et perte de sang.

Après anesthésie à l'éther, l'urètre fut dilaté et le doigt introduit dans la vessie. Celle-ci était contractée ; la muqueuse très irrégulière, et pleine d'incrustations.

On avait la sensation de néoformations recouvertes de dépôts urinaires.

On fit un curettage complet, qui fut suivi d'une abondante hémorragie.

L'examen microscopique, fait par le Dr Whitney, montra que les matières retirées contenaient seulement des débris de muqueuse et des dépôts phosphatiques.

Après l'opération la vessie fut lavée deux fois par jour avec des solutions antiseptiques. Il y eut une diminution du sang pendant quelque temps, mais l'hémorragie revint bientôt, nécessitant de constants lavages de la vessie.

Quatre mois plus tard l'état de la malade était pire qu'avant.

Elle fut alors admise à l'hôpital général de Massachusetts, où, grâce à l'obligeance du Dr John Homans, elle fut confiée à mes soins.

L'urine était ammoniacale, contenait beaucoup de sang et de sédiments.

La malade souffrait constamment ; l'état général était mauvais.

Il sembla nécessaire de prendre des mesures radicales ; la cystotomie fut décidée et exécutée par la voie intrapéritonéale.

L'opération donna de grandes facilités, bien que la paroi vésicale eût un demi-pouce d'épaisseur.

Le sang et l'urine furent facilement épongés.

La muqueuse était parsemée d'ulcérations et de parties blanc grisâtre dans lesquelles étaient incrustés des dépôts verdâtres. La surface entière de la vessie fut curetée avec la curette tranchante. Par place il fut même nécessaire d'user du bistouri et des ciseaux, pour atteindre les tissus sains.

Comme l'hémorragie était considérable, on pensa qu'il était préférable de faire une incision pour drainer la vessie par le vagin.

On ferma ensuite la vessie, puis le péritoine, et enfin la paroi abdominale à la manière habituelle.

La vessie fut bien drainée par le vagin, et l'urine devint bientôt claire et abondante.

Après l'opération la malade eut des nausées ; le pouls fut un certain temps faible et très rapide.

Quatre mois après l'opération la malade se trouvait dans d'excellentes conditions. L'ouverture vaginale était presque fermée ; l'urine ne contenait pas de sang.

OBSERVATION III

(Professeur Rydygier — *Archives internationales de Chirurgie*, vol. II, fascicule 1, 1904.)

A. R..., âgée de trente-cinq ans, a été à la clinique du 16 mars au 7 juin 1901.

Anamnésie. — Son père est mort à l'âge de cinquante ans d'une maladie inconnue ; sa mère à l'âge de soixante-trois ans de phtisie pulmonaire ; une sœur de la scarlatine. La malade s'est mariée à dix-huit ans ; elle a accouché huit fois, la dernière fois, il y a huit mois. Trois enfants sont morts tout petits, cinq vivent et sont sains. Elle a ses règles depuis ses seize ans et régulièrement. Jusqu'à maintenant elle n'a jamais été malade.

Il y a quatre semaines, elle a éprouvé des douleurs dans la région de la symphyse et en même temps un grand ténesme vésical. Malgré le traitement médical, les douleurs deviennent de plus en plus fortes. Maintenant elle a besoin d'uriner toutes les quelques minutes ; les urines sont troubles et sentent mauvais. Elle n'a remarqué aucune trace de sang. Pendant ce temps elle a maigri et s'est beaucoup affaiblie.

Etat actuel. — Cette femme, de stature moyenne, est maigre, et a la peau et les muqueuses pâles. Le cœur et les poumons sont sains. La peau de l'abdomen très flasque, couverte de nombreuses cicatrices, restes de ses grossesses.

Le foie et la rate sont normaux. On sent au-dessus de la symphyse une tumeur de la grosseur de plus de deux poings,

dure, à surface lisse, non douloureuse, mobile d'un côté à l'autre, mais non vers le haut. Les ganglions inguinaux sont perceptibles à la palpation.

Examen par le vagin. — Le col utérin porte des déchirures longues d'une demi-phalange. Le corps de l'utérus est en rétroflexion mobile. Dans le cul-de-sac antérieur et à droite, on sent une résistance très peu mobile, douloureuse.

L'examen par le rectum ne donne rien de remarquable. Par la sonde, un peu de liquide purulent et sanglant sort avec des lambeaux de tissu nécrosé.

La vessie ne garde que quelques grammes de liquide. L'examen cystoscopique n'est pas possible. L'urine est trouble et alcaline ; densité 1.020. Albumine 0,396 o/o. Elle ne contient aucune substance colorante du sang. Diazoréaction négative. Indican et chlorures normaux. Le sédiment consiste en urates ammoniacaux, phosphates calciques neutres et sels ammoniaco-magnésiens.

Beaucoup de lymphocytes, érythrocytes séparés ; bactéries en grand nombre. Epithélium plat ; on n'a trouvé ni cellules néoplasiques, ni bactéries tuberculeuses.

26 mars 1901. — L'opération est faite en narcose chloroformique. Après l'ouverture de la cavité péritonéale, nous voyons que la tumeur est formée par l'épiploon soudé aux environs du sommet de la vessie. Outre l'épiploon une anse grêle est adhérente. Après avoir détaché l'épiploon et l'intestin, nous voyons que dans la paroi antérieure du sommet de la vessie, il y a un trou gros comme un pois et dont les bords sont ulcérés et friables. Cette ouverture est fermée en partie par l'épiploon, en partie par l'intestin. Je sectionne la partie adhérente de l'épiploon et je suture à la Lembert la séreuse de

l'intestin là où elle est défectueuse après le décollement.

Je fais ensuite une résection partielle intra-péritonéale de la paroi vésicale prise par l'ulcération. Ce morceau a la forme d'un isocèle dont les côtés ont à peu près 4 centimètres de long. Après l'examen de la préparation, je constate que la résection a porté sur les parties saines.

La vessie est suturée comme je l'ai décrit plus haut. A la fin, je détache le péritoine pariétal des bords de la plaie, et je le suture au sommet de la vessie par-dessus la plaie opératoire, de telle façon que toute la paroi antérieure de la vessie se trouve recouverte par le péritoine. Puis je fais la suture en étage de la paroi abdominale. J'introduis dans la vessie une sonde de Pezzer à demeure ; dans l'angle inférieur de la plaie une mèche.

Suites opératoires. — L'opérée n'a pas eu de fièvre, excepté une fois où la température s'est élevée à 38 degrés. Le siphon fonctionne très bien. La malade prend du salol et boit de l'eau de soda. On lave tous les jours la vessie avec de l'eau boriquée tiède. Le dixième jour, on enlève la sonde et, trois semaines plus tard, l'ouverture laissée par la mèche s'est tout à fait cicatrisée. Les premiers jours la malade urinait toutes les demi-heures, puis les mictions s'espacèrent de plusieurs heures. Une semaine plus tard, la vessie fonctionnait normalement, ce que j'ai pu constater en tenant la malade en observation jusqu'au 7 mai de la même année. L'urine rendue ce jour-là est tout à fait claire, la réaction acide, ne contenant pas d'albumine et ne laissant pas de sédiments.

L'examen au cystoscope pratiqué le 6 mai, et répété le 12 juillet, montre que l'état de la vessie est normal. Sur

la paroi antérieure de la vessie, on voit une cicatrice linéaire, courbée angulairement en son milieu. La cicatrice est profondément rétractée. A ce même moment, on constate que la malade a repris de l'embonpoint, et qu'elle se sent tout à fait bien portante. La vessie fonctionne aussi bien que jamais. L'urine est normale.

L'examen microscopique du fragment enlevé de la paroi vésicale a fait découvrir les caractères ordinaires de l'ulcération tuberculeuse, qui avait débuté sans doute au niveau de la muqueuse, et qui avait perforé la paroi vésicale dans toute son épaisseur.

OBSERVATION IV

(Mayo. — *Annals of Surgery*, 1908, t. XLVIII.)

Homme de vingt-sept ans. Dix ans avec symptômes de maladie de la vessie et plus ou moins de sang dans l'urine. Carcinome de la partie gauche de la vessie : grande base sessile.

Opération. — 27 mars 1907. — Résection transpéritonéale de plus de la moitié de la vessie avec transplantation de l'uretère gauche dans la moitié droite de la vessie. Vessie drainée par l'incision péritonéale.

Emission volontaire d'urine avec le contrôle de la vessie après les premières trois heures. Après quatre semaines tous les drains sont fermés.

OBSERVATION V

(Mayo)

Femme de trente-neuf ans. Durée des symptômes deux ans. Sang dans l'urine avec beaucoup de douleurs locales. Le cystoscope fait découvrir trois tumeurs des parois latérales de la vessie, dont deux petites et une aussi grosse qu'un citron

Opération. — 1^{er} mai 1907. — Voie transpéritonéale. Résection au thermocautère des papillomes malins. Suture de la vessie.

Emission volontaire d'urine.

Après dix mois état satisfaisant à l'examen.

OBSERVATION VI

(Mayo)

Homme de cinquante ans. Durée des symptômes seize mois. Sang dans l'urine presque constamment.

Papillome de la grandeur d'une petite orange.

Opération. — 14 juin 1907. — Voie transpéritonéale et extirpation au cautère. Suture de la vessie sans drainage.

OBSERVATION VII

(Mayo)

Homme de quarante-neuf ans. Symptômes légers pendant deux ans. Sang dans l'urine depuis trois mois.

Opération. — 7 décembre 1907. — Enlèvement par voie péritonéale d'un carcinome sessile grand comme une noix, situé près de la base du lobe droit de la prostate. Section de la vessie au thermocautère sur une longueur de 4 pouces. Enlèvement de la prostate par la même incision. Drainage suspubien. Emission volontaire d'urine par le drain. Cicatrice trois semaines après.

OBSERVATION VIII

(Mayo)

Homme de cinquante-quatre ans. Durée des symptômes deux ans. Sang dans l'urine pendant un an. Tumeur de la paroi droite, grosse comme une noix.

Opération. — 8 janvier 1908. — Résection transpéritonéale de la tumeur au thermocautère.

OBSERVATION IX

(Scudder et Davis. — *Annals of Surgery*, 1908,
t. XLVIII, n° 192.)

X..., quarante-deux ans, entre le 6 mars 1908, n° 157342. Il y a six mois qu'il pissa le sang pour la première fois. Ce symptôme se reproduisit six semaines après, pendant deux jours. Le malade resta dix jours au lit, puis reprit son travail. Mais des rétentions d'urine fréquentes, accompagnées de fortes douleurs, l'obligèrent bientôt à se sonder deux fois par jour.

Examen. — Palper abdominal : négatif. Toucher rectal : prostate augmentée de volume symétriquement et très dure.

Les urines contiennent du sang, du pus, des cellules épithéliales.

L'examen cystoscopique permet de voir une tumeur arrondie, moitié lisse, moitié granuleuse, de la grosseur d'un petit œuf, tombant de l'ouverture interne de l'urètre. On ne voit pas son point d'implantation. Le fond de la vessie est enflammé et présente des dépôts calcaires. Orifices urétéraux normaux.

Diagnostic. — Tumeur de la vessie probablement maligne.

13 mars. — *Opération.* — La vessie est lavée et emplie avec de l'eau boriquée. On fait l'incision usuelle de la cystostomie suspubienne. On sent une tumeur lobulée, qui sort de l'orifice du col vésical, mais il est difficile de se rendre compte de son insertion et de son caractère.

On tamponne la vessie avec de la gaze. La paroi abdominale est incisée, en remontant, sur une longueur de trois pouces ; la cavité péritonéale ouverte. On refoule les intestins et l'on fait une incision médiane de deux pouces et demi à la vessie, ce qui permet d'atteindre facilement la tumeur, avec son pédicule sortant de l'urètre prostatique (fig. 2). Celui-ci est pincé et sectionné aux ciseaux.

Une incision médiane de un pouce est faite dans la prostate juste au-dessous de l'orifice urétral ; et la glande entière est énucléée, y compris l'urètre prostatique.

Tamponnement à la gaze. Sutures vésicales au catgut, autour d'un drain. Une mèche est placée dans la loge prostatique.

Pas d'hémorragies post-opératoires.

La mèche est enlevée le troisième jour et le drain une

semaine plus tard, pour être remplacé par une sonde urétrale.

Élévation de la température : épididymite.

16 avril. — Le malade quitte l'hôpital. La plaie suspubienne est solide. Les mictions sont faciles, mais un peu fréquentes. L'urine un peu trouble, contient du pus, mais pas de sang.

Un mois plus tard aucun symptôme.

Examen de la tumeur. — Papillome adénomateux de la prostate, avec propagation à la vessie.

OBSERVATION X

(Scudder et Davis.)

P. P... (M. G. H., n° 156894), 4 février 1908.

Homme de trente-neuf ans, marié, s'étant toujours bien porté, a pissé du sang noir pendant dix jours.

Depuis quatre jours les urines sont redevenues claires.

Cystoscopie par le Dr Davis. — La vessie contient sans inconvénient six onces. Près de l'orifice urétéral gauche et juste au-dessus se trouve une tumeur de la grosseur d'une pièce de 1 franc. Le reste de la paroi vésicale est normal, les orifices urétéraux intacts.

Diagnostic. — Tumeur pédonculée, lobulée.

7 février. — *Opération.* — Cystostomie intrapéritonéale. Suture de la vessie et de l'abdomen. Drainage de la vessie à l'aide d'une sonde en caoutchouc.

Petite hémorragie post-opératoire.

La sonde est retirée le 16.

Le malade se lève le 28 et quitte l'hôpital le 1^{er} mai.

Les urines sont alors légèrement troubles ; elles contiennent du pus en assez grande quantité, mais pas de sang. Les mictions sont normales.

1^{er} août. — Le malade a repris son travail et se sent très bien.

Examen de la tumeur par le Dr Whitney. — Papillome vilieux.

OBSERVATION XI

(Scudder et Davis.)

R. G. M... (M. G. H., n° 157169), 24 février 1908.

Homme de quarante et un ans, a eu une hématurie il y a dix-huit mois.

A été opéré de l'appendicite six mois après.

Depuis deux semaines hématuries répétées, et gêne de la miction.

Examen cystoscopique. — Tumeur lobulée, papillaire, rosée, située sur le repli urétéral droit. L'orifice urétéral gauche est normal ainsi que le reste de la paroi.

Diagnostic. — Papillome vésical.

28 février. — *Opération.* — Cystostomie transpéritonéale. Ablation de la tumeur, suivie de cautérisation.

Le malade quitte l'hôpital le 17 mars.

A cette époque l'examen cystoscopique fait voir une cicatrice linéaire de la vessie, et une dépression au niveau du siège de la tumeur. L'orifice urétéral droit est intact.

Examen de la tumeur. — Papillome malin.

OBSERVATION XII

(Scudder et Davis.)

A. J..., (M. G. H., n° 157973), 17 avril 1908.

Homme de trente-trois ans, a depuis sept mois des hématuries intermittentes, accompagnées depuis quatre mois de douleurs et de décharges purulentes.

La cystoscopie, difficile à cause de l'hémorragie persistante, fait voir, autour du col de la vessie, une masse villeuse, ulcérée, en partie nécrosée, derrière laquelle la paroi vésicale légèrement enflammée.

Toucher rectal négatif.

28 avril. — *Opération*. — Cystostomie transpéritonéale. Ablation, curettage et cautérisation de la base de la tumeur. Drainage suspubien. Plaie péritonéale complètement fermée, Vessie lavée chaque heure pendant la première journée.

6 mai. — L'urine est claire et ne contient pas de sang.

Le malade quitte le service le 25 mai.

Diagnostic. — Papillome malin.

CONCLUSIONS

1° La voie intrapéritonéale pour ouvrir la vessie pouvait être redoutée quand on n'osait pénétrer dans le péritoine. Aujourd'hui il est des cas où cette méthode peut et doit être employée sans crainte.

2° Ceci est démontré, d'une part, par les bons résultats opératoires dans les plaies intrapéritonéales de la vessie rapidement suturées ; d'autre part, par les opérations, encore peu nombreuses il est vrai, pratiquées par cette voie.

3° La méthode présente les avantages suivants :

Jour excellent sur le fond de la vessie et la région péri-uretérale.

Pas de décollement prévésical.

Suture facile et sûre, péritonisée.

4° Elle est surtout recommandable dans les tumeurs de la vessie, mais elle peut aussi être employée dans l'extraction des calculs et des corps étrangers sans grosse infection.

5° La taille longitudinale peut suffire, mais la taille transversale de la vessie donne encore plus de jour sur la région où siègent habituellement les tumeurs.

Vu : le Président de la thèse

POZZI

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

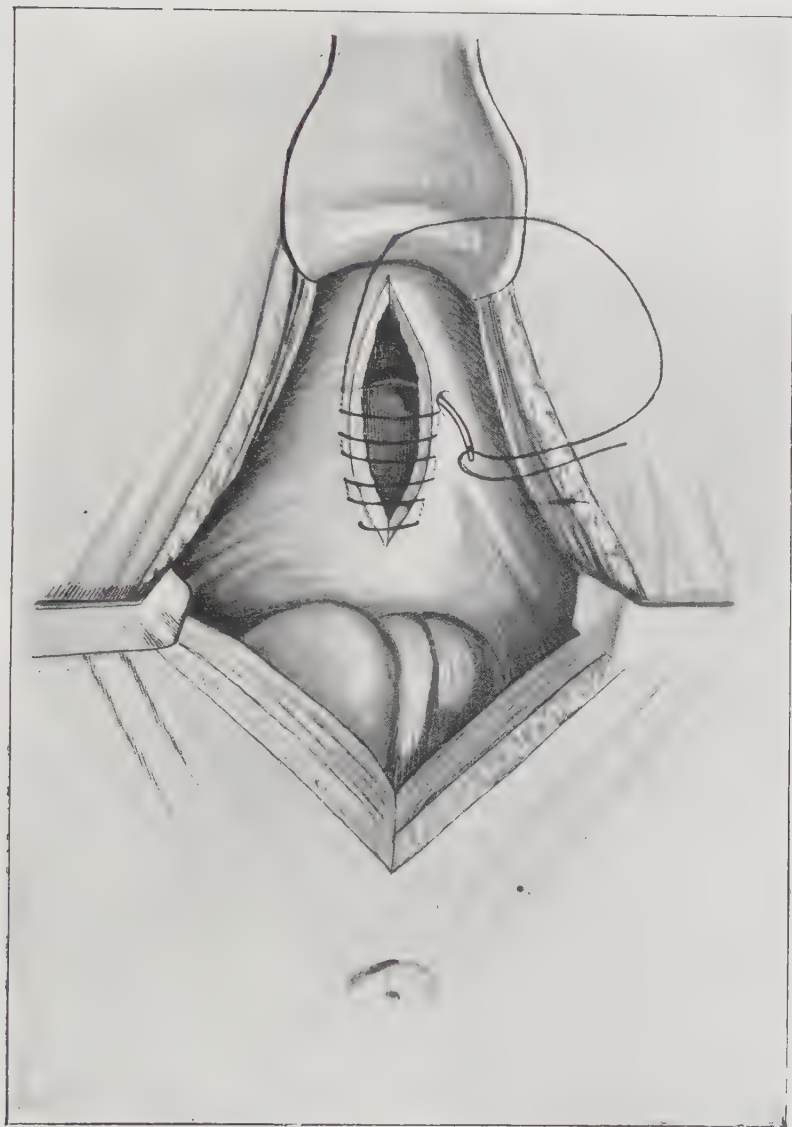
Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

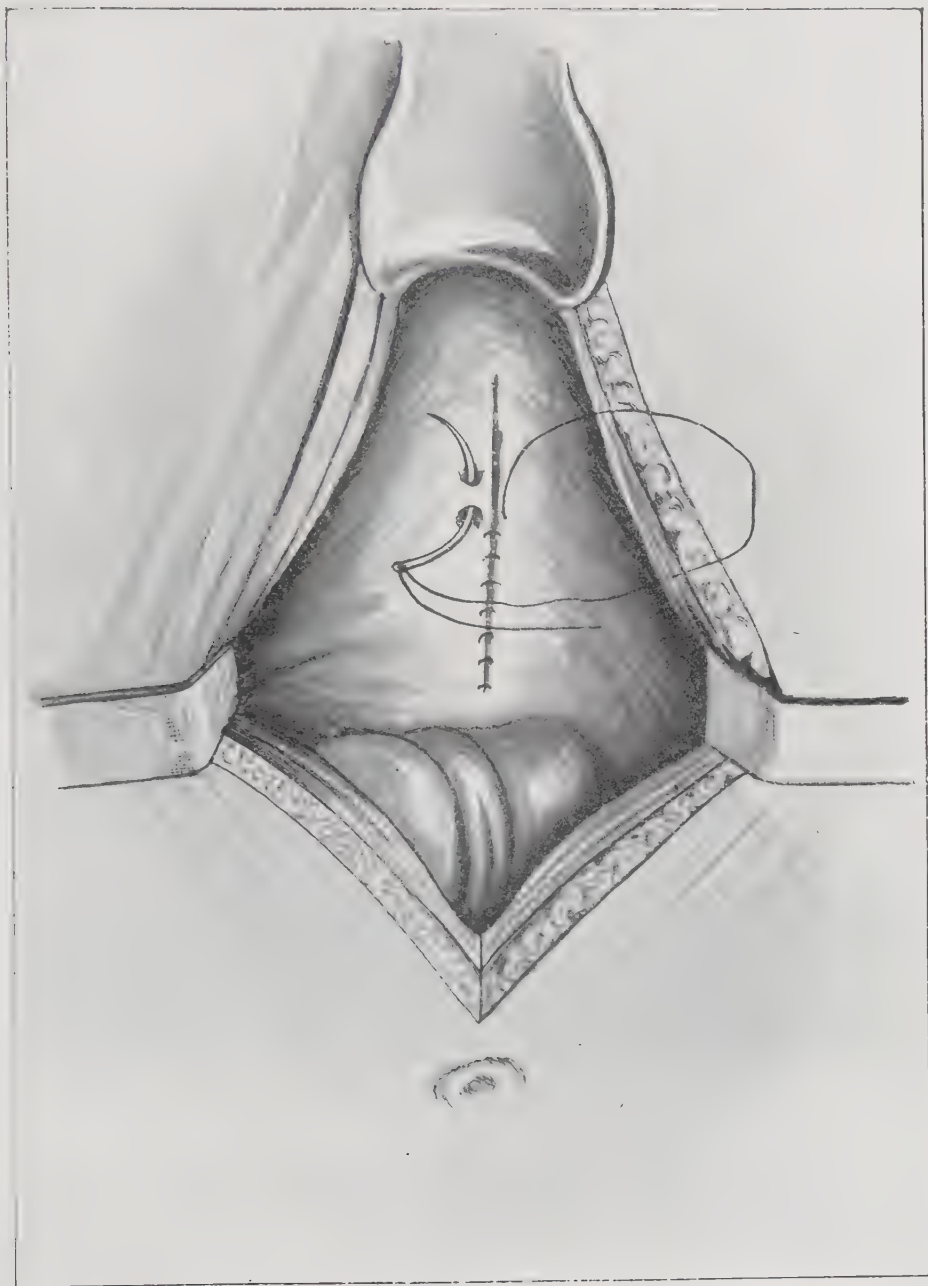
- Albarran* (J.). — Les tumeurs de la vessie.
— Traité de médecine opératoire.
- Fritsch* (Von). — Bericht über 300 operierte Blaseretumoren.
Wien. Kl. Woch., 1907, n° 40.
- Harrington* — Taille intrapéritonéale. *Annals of Surgery*, 1893.
- Mayo* (Ch.). — Taille intrapéritonéale. *Annals of Surgery*, 1908.
- Renner*. — Beiträge zur Klin. chir., 1908, t. LVIII, fasc. 3, p. 677-709.
- Rydygier* (V.). — Taille hypogastrique intrapéritonéale. Wien. Klin. Woch., 1888.
— Suture de la vessie. *Arch. internat. de Chirurgie*, 1904.
— De l'ouverture transpéritonéale de la vessie. *Centralblatt. f. Chirurgie*, 13 mars 1909, t. XXXVI, n° 2, p. 372-374.
- Scudder et Davis*. — L'opération de Harrington. *Annals of Surgery*, 1908.

PLANCHE I



D'après C. H. Mayo

PLANCHE II



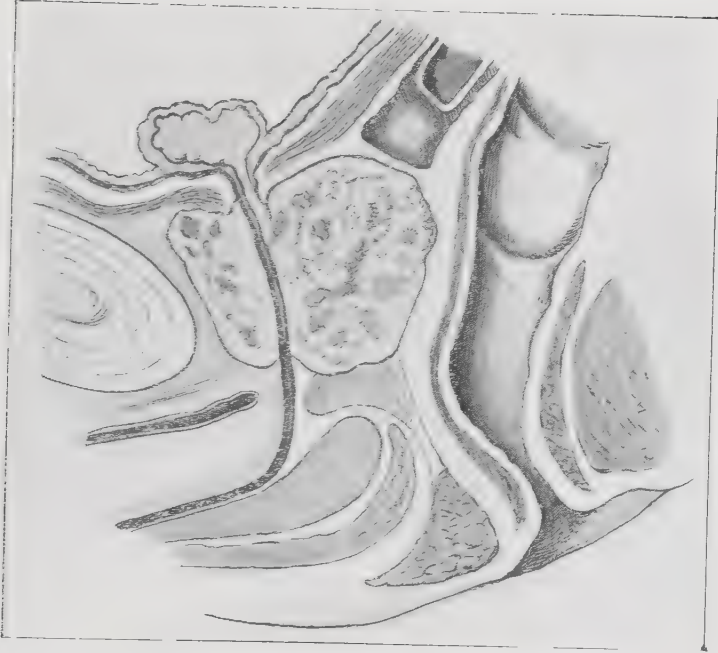
D'après C. H. Mayo

PLANCHE III



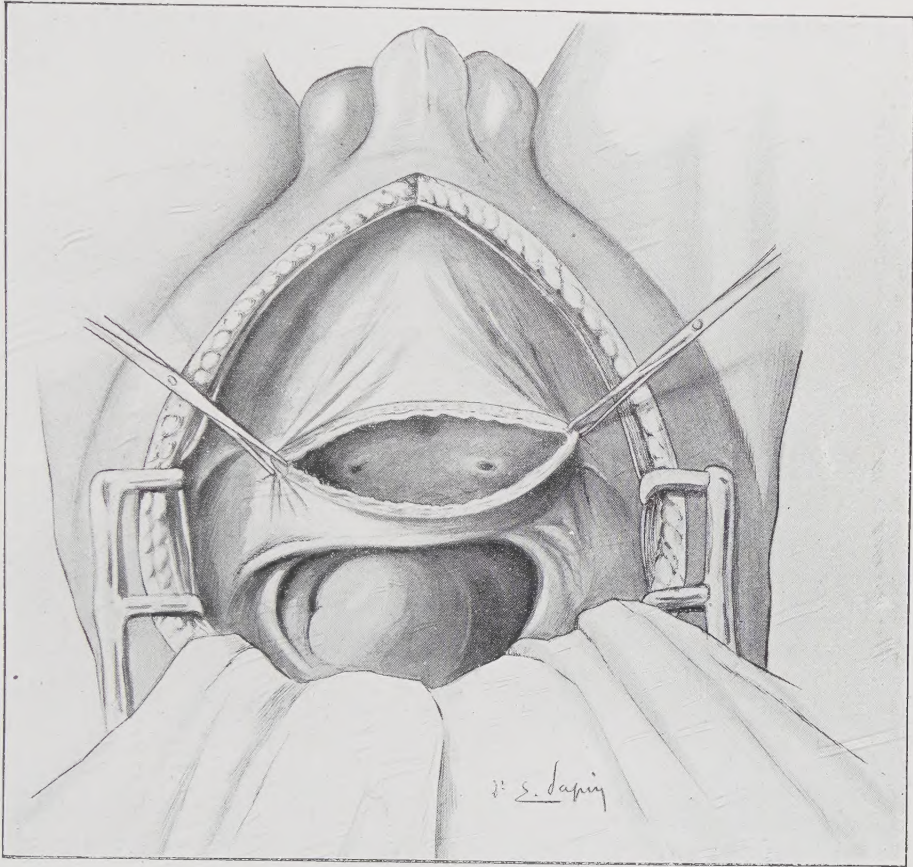
D'après Seudder et Davis

PLANCHE IV



D'après Seudder et Davis

PLANCHE V



D'après nature

